

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891

THÈSE

N°

223

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 17 juin 1891, à 1 heure

Par GUSTAVE VERNET

Né à Marseille, le 20 janvier 1855.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE
DU PINCEMENT DE L'INTESTIN
PAR LES FISSURES SUS-OMBILICALES

Président : M. LANNELONGUE, professeur.

*Juges : MM. } TERRILLON, professeur.
 } KIRMISSON, SEGOND, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

OLLIER-HENRY, LIBRAIRE-ÉDITEUR

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11, 13

1891

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891

THÈSE

N°

223

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 17 juin 1891, à 1 heure

Par GUSTAVE VERNET

Né à Marseille, le 20 janvier 1855.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE DU PINCEMENT DE L'INTESTIN PAR LES FISSURES SUS-OMBILICALES

Président : M. LANNELONGUE, professeur.

*Juges : MM. } TERRILLON, professeur.
 } KIRMISSON, SEGOND, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

OLLIER-HENRY, LIBRAIRE-ÉDITEUR

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11, 13

1891

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY
	DEBOVE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils.	TILLAUX.
Pharmacologie.	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.	HAYEM.
Hygiène.	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE
Pathologie comparée et expérimentale	STRAUS.
	G. SÉE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	PETER.
	GRANCHER.
Maladie des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
	VERNEUIL.
Clinique chirurgicale	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	TARNIER.
	PINARD

Professeurs honoraires.

MM. RICHET, SAPPEY, HARDY et PAJOT.

Agrégés en exercice

MM. BALLET	MM. FAUCONNIER	MM. NÉLATON	MM. RIBEMONT-
BAR	GILBERT	NETTER	DESSAIGNES
BLANCHARD	GLY	POIRIER, chef	RICARD
BRISSAUD	HANOT	des travaux	ROBIN (Albert)
BRUN	HUTINEL	anatomiques	SCHWARTZ
CAMPENON	JALAGUIER	POUCHET	SEGOND
CHANTEMESSE	KIRMISSON	QUENU	TUFFIER
CHAUFFARD	LETULLE	QUINQUAUD	VILLEJEAN
DEJERINE	MARIE	RETTIER	WEISS
	MAYGRIER	REYNIER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPLY.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR QUINQUAUD

Professeur agrégé de la Faculté de médecine
Médecin de l'hôpital Saint-Louis
Chevalier de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR GIBERT

Membre correspondant de l'Académie de médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LANNELONGUE

Chirurgien des hôpitaux
Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DU PINCEMENT DE L'INTESTIN

PAR LES FISSURES SUS-OMBILICALES

AVANT-PROPOS

Pendant mon séjour dans les hôpitaux du Havre j'ai eu la satisfaction de pouvoir fréquenter d'une manière assez régulière le dispensaire pour enfants malades de la rue Saint-Quentin dont la clinique quotidienne est des plus actives. M. le Dr Gibert, qui dirige avec tant de dévouement cet intéressant établissement, connu de tous ceux qui s'occupent des questions d'assistance, voulut bien, à diverses reprises, attirer mon attention sur un cas pathologique qu'il juge relativement fréquent dans l'enfance et dont il eut en effet l'occasion de me montrer plusieurs exemples fort nets. Il s'agissait d'une disposition anatomique particulière des parois abdominales à laquelle sont dus certains accidents du côté de l'intestin, parfaitement définis et pour ainsi dire pathognomoniques.

La marche de ces accidents, leur caractère et leur

mode de production, enfin l'exploration attentive de la région, tout démontre d'une façon indubitable, comme nous allons tenter de le faire voir, que l'on se trouve alors en présence d'un pincement momentané de l'intestin à travers un orifice des parois abdominales.

Un premier examen de la question me permit de me rendre compte de son importance pratique en même temps que je recueillais de divers côtés quelques observations nouvelles, notamment dans l'un des services du nouvel hôpital du Havre. Enfin en parcourant nos divers ouvrages classiques contemporains, je pus me convaincre que pour la plupart ils n'y faisaient même pas allusion.

Je pensai donc qu'il ne serait pas sans utilité de mettre en lumière les faits observés et de réunir tout ce qu'il me serait possible de rencontrer dans la littérature médicale se rapportant à cette question. Je ne me dissimule pas, il est vrai, que l'accident du pincement intestinal a déjà été mentionné par quelques auteurs. Mais en mettant à part les articles publiés par M. Gibert, sur l'avis duquel j'ai entrepris ce travail, dans la *Normandie médicale*, aucun d'eux ne me paraît l'avoir envisagé à son véritable point de vue ou du moins lui avoir donné la place à laquelle il a droit dans la pathologie chirurgicale. C'est ce qui ressortira, je crois, de la revue rétrospective qui fait l'objet du chapitre suivant et ce qui doit justifier le choix que j'ai fait d'un tel sujet pour ma thèse inaugurale.

Je considère comme un devoir pour moi, qu'il m'est bien agréable en ce moment de remplir, d'adresser à M. le Dr Gibert l'expression de ma sincère gratitude pour

sa constante bienveillance et ses précieux conseils, grâce auxquels ce travail m'a été singulièrement facilité. Je tiens aussi à remercier vivement mes amis MM. les D^{rs} Caron et Bottard qui m'ont prêté à cette occasion leur appui dévoué.

M. le professeur Lannelongue, en acceptant la présidence de ma thèse, m'a fait un grand honneur que j'apprécie hautement et pour lequel je suis heureux de lui exprimer ma bien respectueuse reconnaissance.

NOTES HISTORIQUES

En parcourant les innombrables articles consacrés par les auteurs des diverses époques aux accidents herniaires, ainsi qu'aux anomalies anatomiques que peuvent présenter les parois abdominales, c'est à peine si l'on rencontre de loin en loin une mention accordée au pincement intestinal proprement dit. Cette omission est plus particulièrement frappante dans les ouvrages contemporains qui ne s'en occupent pour ainsi dire pas, à quelques exceptions près.

Nous pourrions bien citer, il est vrai, une thèse de Germa (Montpellier, 1886) ayant pour titre : « *Du pincement latéral de l'intestin et des hernies diverticulaires étranglées*, » dont le sujet paraît analogue au nôtre, alors qu'en réalité il en diffère essentiellement. En effet, le pincement dont s'occupe Germa au point de vue clinique et opératoire constitue un véritable étranglement partiel et permanent de l'intestin, laissant libre une portion plus ou moins grande du calibre de ce conduit. Or, pour nous l'accident que nous voulons décrire est tout autre, car il consiste dans le pincement subit et simplement momentané des tuniques intestinales à travers une fissure anormale des parois de l'abdomen. Dans ce cas et en dehors des complications consécutives à l'accident lui-même il n'y a pas d'état pa-

thologique permanent, car entre les crises qu'il provoque la santé du sujet se retrouve parfaite.

Production subite dans certaines circonstances données, durée essentiellement transitoire, tels sont donc les caractères spécifiques du pincement tel que nous nous proposons de l'envisager ici. C'est le phénomène pathologique ainsi défini que bien peu d'auteurs ont considéré. Nous croyons toutefois intéressant de reproduire les passages caractéristiques de certains ouvrages qui y font plus ou moins directement allusion, ce qui nous permettra de démontrer que s'il n'a pas encore été suffisamment décrit, du moins l'a-t-on fréquemment constaté.

Il faut remonter au commencement du xviii^e siècle pour raconter la première mention du pincement intestinal ; on n'en trouve aucune trace dans les auteurs antérieurs. En 1700 et 1714 Littre présente à l'Académie des Sciences deux mémoires sous le titre *Nouvelles espèces de hernies*, avec observations, mais dans celles-ci il s'agit plutôt d'étranglement partiel, et ce n'est qu'incidemment qu'il parle du pincement comme en ayant pu être la cause.

En 1720, Garengéot, qui devait plus tard provoquer à l'Académie Royale de Chirurgie une intéressante discussion sur les hernies de l'estomac, publie son *Traité des opérations de chirurgie* où nous ne trouvons rien qui se rattache à notre sujet. Le *Traité des hernies* de Georges Arnauld (1749) mentionne sans s'y arrêter le pincement de l'intestin. En 1757 Louis, dans son travail sur la *cure des hernies intestinales avec gangrène*, parle du cas où l'intestin n'est pincé que sur une petite surface.

Lors de la discussion qui eut lieu au sein de l'Académie

Royale de Chirurgie à propos du travail de Garengot mentionné plus haut et dans lequel celui-ci soutenait la possibilité des hernies de l'estomac, Pipelet le jeune, qui prit sa défense, fit une communication (t. IV, 1768, p. 189), qui renferme le passage suivant :

« M. Gunz (prof. d'Anat. et de Chir. en l'univ. de Leipsick) prétend que ces tumeurs (1) doivent augmenter quand les malades ont mangé, et diminuer lorsque l'estomac est vide ; il admet cependant une exception dans le cas où les tuniques de l'estomac seraient extraordinairement flasques et relâchées. J'ai remarqué un autre cas d'exception qui m'a paru assez fréquent et dans la circonstance où la maladie est la plus difficile à reconnaître : c'est quand la hernie est d'un très petit volume et qu'elle n'est formée que par *le pincement des membranes*. » Cette citation montre bien que Pipelet avait envisagé de la façon la plus précise les symptômes du pincement proprement dit, bien qu'il persiste à les assimiler à ceux de la hernie vulgaire.

Une observation de cet auteur, reproduite plus loin (n° 2), est fort caractéristique et nous ne pouvons éviter de citer ici les réflexions judicieuses dont il la fait précéder : « On voit dans ce second cas (hernies produites à la suite d'un traumatisme) qu'une cause violente a amené la rupture ou l'écartement des parties contenant à la région de l'épigastre : ces signes commémoratifs peuvent concourir à faire connaître plus particulièrement le caractère propre de la maladie ; cependant il y a bien des faits où l'on ne

1. Celles formées par les hernies de l'estomac.

pourrait tirer aucune notion de cet indice : la difficulté est bien plus grande encore, si, à l'absence d'une cause occasionnelle connue, se joint le défaut des signes sensibles. Les symptômes et accidents, comme nous l'avons dit, seront alors communs à d'autres affections contre nature de l'estomac ou des parties voisines ; ce n'est qu'avec beaucoup d'application qu'on pourra discerner qu'une *très petite portion des parois de l'estomac est pincée* et que c'est à cette cause qu'il faut attribuer les accidents fâcheux pour lesquels on tourmente inutilement les malades lorsqu'elle est méconnue. »

Nous lisons encore plus loin (p. 196) à la suite de plusieurs observations très concluantes : « Nous pouvons faire connaître combien il est essentiel de bien examiner toute l'étendue du ventre quand il se rencontre des signes équivoques et qui ont rapport à d'autres maladies ; car nous voyons par ces faits que l'on a administré beaucoup de remèdes, et fort inutilement, tandis qu'on perdait un temps précieux pour le soulagement des personnes souffrantes.

« La guérison constante de tous ces malades montre bien clairement que toute l'indication consistait à empêcher l'estomac de former une hernie apparente *ou d'être simplement pincé entre les parties contenant propres...* »

Pott, dans ses *œuvres chirurgicales* (1777) signale la gravité des hernies qu'il appelle partielles et la rapidité avec laquelle elles donnent lieu à la gangrène. Morgagni, dans son ouvrage *de causis morborum et sedibus* relate quelques observations d'étranglement partiel du côlon et de l'intestin grêle. Richter consacre, dans son *Traité des*

hernies (1788), un chapitre spécial aux pincements d'intestin qu'il nomme petites hernies, hernies latérales, entéroçèles partielles. Il signale les difficultés du diagnostic, la variabilité des symptômes mais il a évidemment surtout en vue les phénomènes d'étranglement partiel.

Nous trouvons dans la *Médecine Opératoire* de Sabatier (1796), tome premier, un passage qui s'applique directement à notre sujet : « J'ai vu plusieurs fois des malades attaqués depuis longtemps de nausées, d'envies de vomir, de coliques et de constipation, auxquels on administrait des médicaments de toute espèce sans aucun succès et qui ont été guéris comme par enchantement, par l'application d'un bandage qui retenait une hernie ventrale à peine sensible (p. 176). » Et plus loin (p. 178) : « Il n'y a pas longtemps que j'ai été consulté avec plusieurs de mes confrères pour une hernie (?) de cette espèce (causée par l'écartement des muscles droits) qui était au-dessus du nombril. Lorsqu'on posait le doigt sur l'écartement des muscles et que le malade faisait effort pour lever la tête de dessus l'oreiller ce doigt se trouvait serré et embrassé sur les côtés. Il y avait des vomissements fréquents et douloureux qu'on ne pouvait attribuer à aucune autre cause puisque le jeune malade se portait bien d'ailleurs. Nous conseillâmes un corset qui se laçât par devant pour rapprocher les muscles et qui portât antérieurement une pelote plate et large pour soutenir la ligne blanche ». Les symptômes et le traitement sont on ne peut mieux indiqués dans cette courte observation comme dans les réflexions qui l'accompagnent et où le terme de hernie, qui n'est évidemment pas applicable, n'est employé que par extension.

Nous ne trouvons rien qui nous intéresse dans les *observations sur les hernies abdominales* de J. F. Frébault (1806). Scarpa dans son *Traité des Hernies* (1812), trad. Cayol, signale, comme il nous a été donné de l'observer, la plus grande fréquence des hernies de la ligne blanche au-dessus qu'au-dessous de l'ombilic. Par des expériences sur le cadavre il étudie les effets du pincement intestinal à ses divers degrés. Les *mélanges de chirurgie*, de Roux (1809), la *Clinique chirurgicale* de Pelletan (1810), signalent le pincement latéral de l'intestin, mais sans y insister. Par contre le *Traité des Hernies* de Lawrence (1818) rend ferme un passage qui mérite d'être cité.

« Ces hernies (les hernies ventrales) sont quelquefois si petites qu'elles ne produisent aucune tumeur à l'extérieur... Sans être étranglées, ces hernies occasionnent divers symptômes que l'on rapporte fréquemment à d'autres causes et auxquels on ne peut remédier qu'après avoir reconnu la véritable nature de la maladie. On parviendra probablement à cette connaissance en faisant attention à l'opiniâtreté des symptômes et en suivant le précepte d'examiner avec soin les lieux qu'occupent le plus souvent les hernies dans les affections où les intestins et l'estomac sont intéressés. On doit attribuer la cause des symptômes à la pression et à l'irritation qu'éprouvent les parties déplacées. Le malade ressent des douleurs et des tiraillements d'estomac ; la région épigastrique est quelquefois si sensible que la seule pression des vêtements est douloureuse. La digestion est quelquefois tellement troublée que la plus légère nourriture irrite l'estomac. Les vomissements, les hoquets et les nausées se montrent fréquemment, surtout

après que le malade a pris de la nourriture. Il y a souvent de la constipation, des défaillances, une faiblesse extrême. Les symptômes sont ordinairement plus intenses après le repas et diminuent ou même disparaissent tout à fait quand le malade est couché. La tumeur est plus apparente quand le malade se tient debout ou lorsque son corps est courbé en avant ; mais on ne peut la distinguer quand il est couché, parce que, dans cette position, *les parties rentrent dans le ventre*, quelquefois il est possible de distinguer l'ouverture, alors on peut sentir une impulsion communiquée au doigt quand on fait tousser le malade. Les hernies à travers la ligne blanche sont beaucoup moins fréquentes au-dessous qu'au-dessus de l'ombilic. » Les préceptes que renferment ce passage sont exactement ceux qu'il nous paraît nécessaire de suivre pour le diagnostic du cas qui nous occupe, de même que les symptômes observés s'y rapportent parfaitement. C'est en effet bien plus le pincement intestinal que la hernie que l'auteur a ici en vue et auquel on peut appliquer les uns et les autres.

Delpach, dans son ouvrage sur les *maladies réputées chirurgicales*, ne s'occupe que de l'étranglement partiel de l'intestin.

Desault, J. Cloquet, Boyer, Velpeau, A. Cooper, Chassaignac, Sédillot, ne disent rien de spécial aux hernies de la ligne blanche qu'ils assimilent plus ou moins à celles de l'ombilic et qu'ils traitent par les bandages.

Dans le *Traité de pathologie externe* de Vidal de Cassis, T. V, p. 66 (1844), nous lisons : « Les hernies qui occupent la partie supérieure de la ligne blanche ou la

région épigastrique sont souvent accompagnées de désordres fonctionnels que Garengéot décrivit avec soin et attribua sans preuves suffisantes au pincement de l'estomac (V. plus loin, Obs. I). Ces prétendues hernies de l'estomac présentent les symptômes suivants : douleurs vives à l'épigastre, suffocation, nausées, vomissements fréquents, tiraillements de l'estomac, dérangements habituels des digestions, constipation, hoquet, convulsions ; si le malade se mouche, tousse ou éternue, il sent à l'épigastre un malaise qui l'oblige d'y porter la main. La hernie qui produit tous ces désordres est souvent assez petite pour passer inaperçue. Pipelet en a vu une du volume d'un pois. Le même chirurgien dit avoir vu la simple dilatation de la ligne blanche propre à recevoir l'estomac, *qui devait s'y engager en effet*, produire tous ces symptômes qui disparurent après l'application d'un bandage (V. Obs. IV et V). Les malades sont quelquefois tourmentés pendant de longues années avant que la nature de leur mal soit reconnue. »

Dans la *thèse d'agrégation de chirurgie* du même auteur (février 1848), à propos de la hernie ombilicale des adultes, nous lisons, p. 53 et 54 :

« Le volume de la tumeur chez l'adulte est représenté par les degrés les plus extrêmes. Ainsi il est des hernies à cet âge qui sont si petites qu'elles se perdent sous les téguments : elles sont réellement imperceptibles. Il en est qui ont donné lieu à des coliques dont la cause n'a réellement été connue qu'après une compression de la région ombilicale... »

Dans ce même travail, p. 60, à propos du *faccia trans-*

versalis, l'auteur s'exprime ainsi : « Sous cette bande fibreuse pourraient bien s'engager de petites portions d'épiploon ou d'intestin qui, *étréintes*, constitueraient une espèce de hernie ombilicale interstitielle. Il ne serait pas étonnant que certaines douleurs très vives de l'ombilic, sans apparence de tumeur dans cette région, comme celle qui a été pour ainsi dire devinée par M. J. Cloquet, tinssent à un *pincement d'un viscère* par cette bride dont je viens de parler... » Ce passage expose clairement la possibilité et le mode de production du pincement, nous y trouvons aussi, nettement indiqué le rôle du *fascia transversalis*.

Dans sa *thèse d'agrégation* (1853), Paul Broca expose la rareté du pincement herniaire diagnostiqué, d'après lui, bien plus souvent sur le vivant que constaté sur le cadavre. A cette affirmation, on peut répondre, je crois, que le pincement intestinal étant un accident subit et passager, n'est pas de ceux dont il est facile de trouver trace à l'autopsie. Gosselin, dans ses leçons sur les *hernies abdominales* (1865) étudie les causes de la mortification rapide de l'intestin dans les hernies pincées. Malgaigne, dans ses leçons cliniques sur les hernies (1839-40) parle des hernies de l'ombilic et de la ligne blanche, mais ne dit pas un mot du pincement. Samuel Cooper, dans le *Traité élémentaire de pathologie chirurgicale* (1855), reconnaît la possibilité du pincement : « Mais il se présente dans les hernies des variétés infinies ; de sorte qu'on ne peut pas toujours définir cette maladie comme étant une sortie des viscères... car les parties peuvent ne faire *aucune saillie au dehors*, etc. ».

Ainsi que nous l'avons fait remarquer en commençant cette étude, les ouvrages classiques contemporains ne s'occupent pour ainsi dire pas du pincement intestinal. Les travaux de Desprès (*Chirurgie journalière*), de Tillaux (*Chirurgie chimique*), de Follius et Duplay, de Peyrot, les articles spéciaux des grands dictionnaires n'en font aucune mention. Nous pouvons cependant citer un passage de l'article *Ombilic* de Nicaise, dans le *Dictionnaire encyclopédique* où nous trouvons relaté le fait de Guersant consulté pour un enfant qui éprouvait une vive douleur au niveau de l'ombilic. Il n'aperçoit rien, ne fait rien. Cloquet consulté suppose une *hernie latente*, fait de la compression et le malade guérit (*Dict. encycl.* art. *Ombilic*, p. 210-211). Nous trouvons là un cas évident de pincement intestinal, démontré par l'absence de tout signe extérieur, et l'efficacité immédiate de la compression. Enfin parmi ces auteurs, nous ne trouvons que dans Nélaton et Poulet et Bousquet quelques lignes utiles à citer.

Nous lisons dans la *Pathologie chirurgicale* de Nélaton, revue par Desprès (T. V, p. 561), à propos des hernies de la ligne blanche : « Tantôt elle est (la tumeur) si petite qu'elle peut rester pendant longtemps méconnue et qu'elle ne peut être constatée qu'à l'aide de l'examen le plus attentif, surtout chez les personnes qui ont beaucoup d'embonpoint... Les malades se plaignent de troubles digestifs, de douleurs vagues dans la poitrine et dans la région de l'estomac. Cet organe est le siège de crampes qui disparaissent aussitôt après le repas et qui ne tardent pas à se reproduire avec toute leur intensité. Quand il n'existe pas d'autres symptômes apparents on est porté à croire à

une gastralgie ou à une affection de l'estomac... Cependant on peut être mis sur la voie par l'intermittence des douleurs qui cessent après le repas... Il est des cas où il est possible de sentir l'ouverture qui a donné passage à la hernie et de *percevoir par la toux une impulsion imprimée au doigt.* » Il me paraît évident que le terme de hernie n'est pas applicable dans ce cas et que ces symptômes ne sont autres que ceux du pincement intermittent.

Dans la *Pathologie externe* de Poulet et Bousquet, 1885, t. III, p. 142, au chapitre des *Hernies ventrales*, nous lisons : « ... Il n'en est plus de même (diagnostic facile) de celles qui restent contenues dans les parois de l'abdomen (hernies intrapariétales). Les symptômes auxquels elles donnent lieu étant des plus vagues, ces tumeurs passent fréquemment inaperçues. Le malade accuse une douleur vive, accompagnée d'élancements aigus, parfois de nausées, de vomissements, de constipation. Comme la palpation ne révèle rien d'anormal, le diagnostic reste bien souvent incertain. » Plus haut, p. 140, au sujet des hernies de la ligne blanche, nous lisons encore : « ... Les symptômes gastriques sont intermittents, cessent après l'ingestion des aliments, pour reparaitre ensuite après les repas. Ce caractère spécial de la douleur devra attirer l'attention du chirurgien et l'examen de la région ombilicale a permis quelquefois de reconnaître la cause de prétendues gastralgies qui persistaient depuis des années. »

Dans la thèse de Germa que nous avons citée nous trouvons, p. 45, cette phrase : « Nous savons en effet que le pincement n'est qu'une variété d'un étranglement. » Tel

n'est assurément pas notre avis, car si l'étranglement peut survenir à la suite d'un pincement, il est bien certain que le pincement subit et momentané existe bien souvent seul avec ses caractères spéciaux.

Nous lisons encore dans la thèse de Bonnet, sur la *cure radicale des hernies épigastriques* (Paris, 1887), p. 30 : « Mais, il faut bien le reconnaître, la hernie est le plus souvent d'un volume trop peu considérable, constituée qu'elle est par un peu d'épiploon ou un *pincement de l'intestin*, pour fournir aucun renseignement plessimétrique. Les troubles fonctionnels eux-mêmes sont d'un médiocre secours, étant similaires dans la plupart des cas, et nous sommes forcé d'avouer que ce diagnostic est souvent d'une difficulté désespérante.

Dans une étude récente d'Oscar Witzel sur les *hernies médianes de l'abdomen* (1890), l'auteur insiste sur la fréquence et l'acuité des troubles gastro-intestinaux et sur la difficulté du diagnostic ; il ne parle pas du pincement.

Nous terminerons ces notes rétrospectives par la citation d'un passage des *Cliniques thérapeutiques* de M. Dujardin-Beaumetz (T. IV, p. 515), qui se rapporte presque directement au cas que nous étudions, et qui renferme d'ailleurs un conseil judicieux sur l'importance duquel on ne saurait trop insister : « Enfin n'oubliez pas, Messieurs, que vous guérirez certains vomissements fort tenaces par la simple application d'un bandage ; c'est lorsqu'il s'agit de hernies, soit de l'estomac lui-même, soit d'une portion épiploïque, hernies qui se font au niveau de la région stomacale, à travers la ligne blanche, et qui sont quelquefois irréductibles. »

La revue que nous venons de faire des divers ouvrages qui se rapportent à la question que nous traitons nous permet de conclure que si nulle part nous ne trouvons une description nette et complète du pincement intestinal, du moins plusieurs auteurs, soit par les observations qu'ils publient, soit par leurs réflexions, ont prouvé qu'ils croyaient à la possibilité de cet accident, et qu'ils en avaient parfaitement apprécié les symptômes. Il faut remarquer d'ailleurs que presque tous confondent le pincement simple avec la hernie proprement dite. Quant à nous, en nous appuyant surtout sur la clinique, nous pensons qu'il y a une utilité réelle à séparer ces deux états pathologiques si différents par leurs conditions étiologiques comme par leurs symptômes et leur pronostic.

EXPOSÉ CLINIQUE

Nous avons déjà insisté sur la nécessité de séparer nettement de tout état herniaire l'accident du pincement intestinal.

Nous ne désignons en effet par ce terme qu'un phénomène spécial qui a pour caractères d'être accidentel et transitoire et de n'intéresser tout au plus que les tuniques de l'intestin sans diminuer à aucun degré le calibre de ce conduit. Une telle définition laisse donc absolument en dehors de la question, tout ce qui concerne les phénomènes d'étranglement.

Les explications dans lesquelles nous sommes déjà entré au cours des notes qui précèdent, de même que les observations reproduites plus loin et dont plusieurs sont très détaillées, nous permettent d'être très bref dans l'exposé clinique qu'il nous reste maintenant à faire.

Étiologie. — L'affection dont nous nous occupons, bien qu'elle ne soit pas spéciale à l'enfance, se rencontre cependant plus ordinairement à cette période de la vie. Au premier rang des causes prédisposantes nous devons placer une conformation spéciale de l'anneau ombilical qui, par suite d'une adhérence insuffisante du canal oblitéré de la veine ombilicale et de la présence dans cette région du fascia transversalis présente souvent une fermeture incomplète de sa demi-circonférence supérieure. Il en

résulte alors à ce niveau une fente triangulaire, base en bas, pointe en haut, dans laquelle l'intestin peut venir se faire pincer dans certains mouvements du corps. Tout le monde connaît, en outre, ces fissures ou éraillures que la ligne blanche présente presque constamment sur divers points de son étendue et qui sont susceptibles de former dans certains cas de véritables boutonnières à travers lesquelles l'intestin peut s'engager. Un amaigrissement rapide du sujet qui vide et distend les intestins fibreux de la ligne blanche facilitera évidemment aussi ce résultat. Nous mentionnerons encore ce vice congénital de conformation qui, par le défaut d'adhérence, sur la ligne médiane des parois fibreuses de l'abdomen, produit l'éventration à ses divers degrés. Lorsque celle-ci est réduite à une simple fente, on conçoit qu'il y a là une porte ouverte à l'accident du pincement.

Tous les états pathologiques qui ont pour effet d'amener une distension exagérée des parois abdominales doivent d'ailleurs être classés parmi les causes prédisposantes du pincement. Le mécanisme en est alors facile à saisir. Nous nous bornerons à citer les grossesses répétées chez la femme, l'ascite, la polysarcie, les tumeurs diverses.

Chez l'enfant, et surtout dans la période qui s'étend de huit semaines à quatre mois, alors que les adhérences des parois fibreuses de l'abdomen n'ont pas encore acquis toute leur solidité, toutes les circonstances qui peuvent provoquer, plus ou moins directement, une pression exagérée sur ces parois, constitueront autant de conditions étiologiques spéciales. Dans cet ordre d'idées nous men-

tionnerons les affections des voies respiratoires entraînant une toux opiniâtre et en particulier de la bronchite et de la coqueluche. L'habitude de crier, quelle qu'en soit l'origine, produit naturellement aussi le même résultat. Nous citerons enfin, avec d'autres auteurs, la funeste habitude qu'ont les nourrices de coucher les enfants sur le ventre et de les agiter pour les empêcher de crier (Sabatier), l'application maladroite du bandage ombilical après la chute du cordon (Vidal de Cassis) les efforts dans la miction produits par un phémosis (Duplay), une disposition congénitale et souvent héréditaire (Bonnet).

Il n'est pas toujours facile de se prononcer sur la cause première d'une disposition anatomique anormale qu'aucune autopsie n'est venue rélever, dans une affection qui n'entraîne pas ordinairement la mort ; aussi le chirurgien devra-t-il le plus souvent se contenter de constater sur son malade l'existence et le siège exact de la fissure, origine du pincement, ce qui lui sera en général aisé surtout si son attention a été éveillée.

Siège. — L'accident qui nous occupe se produit à peu près constamment, ainsi que nous l'avons expliqué, dans les fissures sus-ombilicales, c'est-à-dire au niveau de la demi-circonférence supérieure de l'anneau ou à travers les éraillures de la ligne blanche. A la partie supérieure de cette ligne, immédiatement au-dessous de l'appendice xyphoïde, l'aponévrose est plus large et plus mince que partout ailleurs ; aussi est-ce en ce point que l'estomac lui-même se trouve souvent pincé. Au reste le pincement peut se produire, soit dans une perforation ou ouverture en boutonnière de la ligne blanche, soit à tra-

vers une dilatation générale de cette ligne dans le cas d'événtration. Il est facile de comprendre pourquoi c'est surtout la région sus-omblicale qui est en cause dans le pincement, puisque au-dessous de l'ombilic le rapprochement presque complet des bords internes des muscles droits réduit la lame aponévrotique à une ligne pour ainsi dire virtuelle.

Parties intéressées. — Les organes qui peuvent être saisis dans le pincement sont très divers. Bien souvent ce sera un simple paquet ou peloton graisseux, ainsi que Morgagni en a démontré le premier la possibilité, qui, en raison de ses connexions intimes avec le péritoine (Nélaton, Desprès), provoquera néanmoins des symptômes graves et douloureux, des coliques intenses (Terrier).

L'épiploon sera plus souvent intéressé chez l'adulte que chez l'enfant, quelquefois l'intestin et l'épiploon le seront en même temps. Mais c'est au sujet de l'estomac que les auteurs se sont le plus divisés. Tandis que Garengot, Pipelet, Chopart, A. Cooper, Siebold admettent que dans bien des cas cet organe peut se trouver pincé ou partiellement hernié (Bonnet), Richter Richeraud (1816) conteste absolument cette affirmation; quoi qu'il en soit, on admet aujourd'hui comme incomparablement plus fréquente la présence, dans les ouvertures épigastriques, de l'épiploon seul ou avec de l'intestin, du côlon transverse et de l'intestin grêle. On y a trouvé quelquefois une partie du ligament falciforme et notamment le cordon fibreux de la veine ombilicale ou celle-ci non oblitérée (cas de J. Cloquet, de Foucher, de Kirmisson, de Terrier). Il est bon d'ajouter que si dans la plupart des cas il est impos-

sible de déterminer quel est l'organe intéressé, le plus souvent aussi ce diagnostic est sans utilité pratique.

Symptômes. — Si les troubles fonctionnels auxquels donne lieu le pincement intestinal sont très variables, quelques-uns d'entre eux présentent du moins un caractère absolument spécial. Il faut d'abord noter la soudaineté du début qui se traduit en général par des signes violents éclatant en pleine santé, soit à l'occasion de mouvements anormaux ou chez les enfants au milieu de leurs jeux, soit pendant le travail de la digestion. Par contre, l'affection se traduit quelquefois par des troubles digestifs rebelles, qui se sont établis d'une manière insidieuse, de sorte que leur cause véritable reste longtemps méconnue. Tantôt (et c'est le cas le plus fréquent) ces désordres sont exaspérés par la digestion, tantôt au contraire ils s'atténuent à ce moment. Quoi qu'il en soit, ils ont pour effet de provoquer des vomissements incessants que la moindre excitation rappelle et qui, dans les cas graves, ne tardent pas à amener un amaigrissement rapide du sujet.

Un signe important de cette affection et qui suffira bien souvent à confirmer, dès le premier examen, le médecin dans son diagnostic, c'est l'attitude spéciale que le malade est en quelque sorte contraint de prendre, soit au moment précis où la lésion s'établit, soit ensuite à l'occasion d'une crise. M. le Dr Gilbert en donne une description frappante : « Il peut même arriver que pour éviter, soit la douleur, soit le pincement, le malade prenne une attitude spéciale que je connais bien maintenant, et qui me permet de faire un diagnostic à simple vue. Le malade, le plus souvent un enfant, rentre son ventre, penche le haut

du corps en avant, et, à la marche présente cette attitude un peu raide qu'on observe chez les soldats allemands soumis à l'entraînement spécial pour la marche rapide. Puis, pour peu qu'au moment de l'examen l'intestin soit pincé dans la boutonnière, on voit l'enfant porter rapidement la main à son ventre avec la volonté instinctive de faire rentrer quelque chose, et, s'il est après son repas, il vomit tout ce qu'il a mangé » (*Norm. médic.*, 15 mars 1890).

Nous avons déjà indiqué la forme paroxystique que présente la maladie et qui est marquée par des crises plus ou moins fréquentes, de douleur et de vomissements se produisant sous certaines influences. La douleur qui est souvent réveillée par la moindre pression et exaspérée par la toux, affecte les formes les plus diverses. Tantôt limitée à la région xyphoïdienne, tantôt s'irradiant vers l'estomac, les lombes, la région abdominale tout entière, le rectum ou la vessie, elle est ordinairement des plus vives : cela s'explique aisément par les connexions nerveuses des organes de la région, par les tiraillements qu'ils ont à subir, par les adhérences de l'épiploon pincé. Les vomissements ont le caractère nettement réflexe ; ils se répètent quelquefois à tel point que les aliments ne peuvent pas rester plus d'un quart d'heure dans l'estomac.

En général, la santé du sujet redevient tout à fait normale entre les crises qui peuvent ne se renouveler qu'à intervalles éloignés et qui durent aussi longtemps que le pincement persiste. Dès que celui-ci a cessé, la cause des troubles observés ayant disparu, tout rentre naturellement dans l'ordre jusqu'à ce que l'accident se reproduise.

Mais lorsque la maladie a été méconnue et qu'on ne lui a pas opposé le traitement convenable, lorsque les accidents se sont répétés d'une façon désespérante au point de rendre l'alimentation difficile, il est fréquent d'observer les troubles gastro-intestinaux les plus graves qui prennent un caractère chronique et dont rien ne peut avoir raison.

Les symptômes directs sont d'ordinaire des plus nets. Voici comment M. le Dr Gibert conseille de procéder pour découvrir la fissure abdominale. Le malade étant étendu tout de son long sur le lit, on place la pulpe des quatre derniers doigts de la main exploratrice au niveau de la région douloureuse, parallèlement aux fibres de la paroi, puis on lui commande de se mettre sur son séant sans le secours des mains ; à ce moment le changement de position relâchant les muscles de l'abdomen et les parties fibreuses se distendant en même temps, l'extrémité des doigts pénètre brusquement dans la fente où s'est produit le pincement. Si alors, laissant les doigts en place, on dit au malade de se mettre debout ou de s'étendre de nouveau, on les sent nettement pincés par les bords de la fissure et en faisant tousser le malade on perçoit sur l'extrémité des doigts un choc produit par les parties intestinales intéressées.

Lorsque l'accident est dû à une cause traumatique, il arrive souvent que le sujet éprouve une cruelle sensation de déchirure dans la région lésée et que la douleur est si forte qu'elle va jusqu'à provoquer une syncope. Il est possible aussi que les crises ultérieures produisent quelquefois des symptômes aussi violents.

Nous devons noter enfin dans cette affection une constipation opiniâtre qui existe à peu près constamment ; les troubles nerveux les plus divers capables de dérouter absolument le médecin et simulant souvent l'hystérie, la dyspepsie sous toutes ses formes, la gastralgie, et, dans quelques cas l'hypocondrie comme conséquence finale d'une situation pénible que rien ne semble pouvoir améliorer.

Le pincement intestinal, tel que nous venons de le décrire, est relativement fréquent, principalement dans l'enfance et la femme. S'il n'a pas été jusqu'ici plus souvent constaté et étudié cela tient à ce que les médecins négligent généralement l'exploration méthodique de l'abdomen dans les affections des voies digestives, et que cette omission les empêche de préciser leur diagnostic. M. le Dr Gibert, dans sa clientèle privée comme dans son dispensaire pour enfants malades, n'en a pas rencontré moins de quarante cas environ dans une dizaine d'années et nous pourrions dès maintenant citer plusieurs autres praticiens qui ont eu aussi à s'en occuper à différentes reprises.

Diagnostic. — Il est assez aisé de reconnaître le pincement intestinal lorsqu'on songe à le rechercher et les erreurs commises à ce sujet proviennent en général de ce qu'on a négligé de le faire. Les signes que nous venons d'exposer sont en effet suffisamment caractéristiques. Sans y insister davantage, nous nous bornerons à rappeler les principaux, ceux qui peuvent suffire à établir le diagnostic, c'est-à-dire : la soudaineté du début, les crises de douleurs et de vomissements et leur mode de répétition à l'occasion d'un traumatisme, d'un mouvement violent ou au cours du travail de la digestion ; l'attitude spéciale du malade pen-

dant ces crises ; une constipation opiniâtre des troubles gastro-intestinaux rebelles, enfin la découverte indéniable de la fissure sus-ombilicale par l'exploration directe.

Les troubles nerveux en particulier ont bien souvent dérouter le praticien et nous pourrions citer telle malade qui pendant de longues années avait été soignée comme hystérique par plusieurs médecins en renom et qui s'est trouvée guérie comme par enchantement dès l'application d'une simple pelote.

Le pincement intestinal a été encore confondu avec bien d'autres affections, notamment avec toutes celles qui peuvent intéresser les organes digestifs ou que caractérisent des douleurs violentes et des vomissements. Nous citerons la névralgie intercostale, la méningite, la péritonite, dont on distinguera facilement le pincement par l'absence des symptômes qui leur sont propres, surtout si l'on est prévenu. Il ne faudra pas d'ailleurs manquer de s'assurer chaque fois, ainsi que cela a été fait pour les maladies dont les observations suivent, qu'il n'existe aucun organe hernié dans les points accessibles ordinairement aux hernies et principalement dans les régions ombilicale et sus-ombilicale.

Pronostic. — Cette affection ne présente généralement pas de gravité réelle par elle-même, mais, comme nous l'avons vu, elle peut donner lieu à des complications sérieuses dues surtout à la persistance de vomissements incoercibles susceptibles d'entraîner un amaigrissement rapide et un état cachectique accentué. C'est donc surtout à l'égard de ces complications que le traitement est surtout indispensable.

Pott signale le caractère spécial de gravité de ces dispositions anatomiques anormales chez les petites filles et la nécessité d'obtenir chez elles une guérison complète en prévision de grossesses futures.

Traitement. — L'indication est ici des plus nettes car la compression est le seul moyen efficace contre les accidents du pincement intestinal. Malheureusement, en raison de la mobilité des parties, d'un état de maigreur assez fréquent chez les sujets, il est ordinairement difficile d'obtenir une contention satisfaisante avec les appareils les plus perfectionnés. M. le Dr Gibert a fait confectionner par M. Monlon, le bandagiste bien connu du Havre, de nombreuses ceintures avec les tissus les plus divers, notamment en tissu élastique et en tricot simple, mais il s'est vu obligé de reconnaître qu'il n'avait pas encore trouvé de bandage ombilical parfait. Le plus généralement on se trouve bien d'une ceinture en caoutchouc embrassant exactement la région sus-ombilicale et le bas-ventre, avec pelote conique correspondant à la fissure; cette pelote peut être à air de façon que le malade puisse la gonfler à volonté. Chez les malades astreints à de gros travaux on fera bien d'employer une pelote à ressort en 8 de chiffre qui est bien supportée et qui se déplace plus difficilement.

La durée du traitement ne peut pas être préjugée; le plus souvent la ceinture devra être portée pendant plusieurs années. On se guidera sur la cessation des crises qui reparaissent en général dès que le malade cesse la contention. Lorsque la suppression de la ceinture n'aura plus pour effet de provoquer le retour des troubles primi-

tivement observés on pourra considérer la guérison comme définitive.

Toute intervention opératoire nous paraît inutile dans l'affection qui nous occupe. Le traitement par la contention n'empêchera pas d'ailleurs d'employer concurremment les divers moyens thérapeutiques qui pourraient être rendus nécessaires par les symptômes observés et les complications survenues.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Garengéot. « Mémoire sur plusieurs hernies singulières. »

Un jeune chirurgien qui avait dessein de s'embarquer pour l'Amérique voulut apprendre à danser avant son départ. Dans la chaleur de cet exercice, le maître lui ordonnant d'écartier les épaules, de jeter les bras en arrière pour bien présenter la poitrine, il le fit avec tant d'activité, qu'il sentit un craquement et déduisement subi dans l'enfoncement qui est à la région épigastrique et qu'on appelle vulgairement le *creux de l'estomac*. Ce déduisement ne fut pas fort douloureux ; le jeune homme plein de feu n'y fit pas d'abord beaucoup d'attention : cependant chaque fois qu'il répétait ces sortes d'exercices, il sentait une espèce de tiraillement un peu douloureux dans le même endroit, et il fut d'abord fort constipé... il s'embarqua un mois après et fut trente-quatre jours pour arriver à l'Amérique. La constipation persista pendant cette course ; mais ce qui approuva beaucoup sa maladie, fut le tribut que les nouveaux marins payent ordinairement à la mer. Ce jeune homme vomit si fréquemment que les aliments ne pouvaient rester un quart d'heure dans son estomac. Ces vomissements excessifs et presque continuels le réduisirent dans un état très fâcheux ; car outre la constipation qui durait depuis deux mois, il per-

dit complètement l'appétit, le ventre lui devint extraordinairement tendu, il eut des lassitudes dans tous les membres, des inquiétudes, des agitations et une insomnie continuelle.

Ceux qui étaient avec lui dans le vaisseau ne furent point alarmés de son vomissement les sept ou huit premiers jours... mais quand ils virent qu'il ne discontinuait pas, même après être débarqué, ils pensèrent que cette incommodité dépendait d'une autre cause.

Le malade ne négligea rien de ce qu'il crut propre à lui procurer du soulagement ; mais bien loin d'en tirer quelque avantage, de nouveaux accidents se joignirent aux premiers ; il survint des rôts fréquents, suivis d'amertume à la bouche, et des vomissements de matières tantôt écumeuses, tantôt bilieuses ; une fièvre lente, des faiblesses, une maigreur extrême, des vapeurs et comme un poids sur l'estomac accompagné de douleurs qui semblaient partir de la pointe du cartilage xyphoïde.

Ayant employé sans succès les suppositoires les plus irritants et les purgatifs simples, il prit l'émétique. Ce remède évacua beaucoup par haut et par bas. Le malade en fut fort soulagé ; car il y avait près de trois mois que les évacuations étaient entièrement supprimées par la voye des selles. Cet avantage l'obligea à recourir souvent au même remède qui lui procurait chaque fois du soulagement ; mais comme il n'attaquait que l'accident et non la cause, la répétition trop fréquente de l'émétique lui attira d'autres infirmités. Son ventre devint de plus en plus tendu et la respiration se trouva entièrement gênée : il paraissait de temps en temps proche le cartilage xyphoïde une tumeur mollette qui se distinguait facilement de la bouffissure du ventre et égalait quelquefois la grosseur du poing.

Un état si fâcheux fit prendre au malade le parti de revenir en France. Arrivé à Nantes, il consulta plusieurs médecins et chirurgiens de cette ville qui ne saisirent point la cause de ces infirmités ; aussi les remèdes qu'ils lui prescrivirent furent-ils inutiles. Il se livra ensuite à des charlatans qui le tourmentèrent en vain par beaucoup de remèdes différents.

Après toutes ces tentatives qui ne lui furent que désavantageuses, il vint à Paris pour y consulter ce qu'il y a de plus célèbre dans la médecine et la chirurgie. Mais on ne connut point sa maladie et il ne tira aucun avantage des conseils qu'on lui donna.

Ce malade réduit dans un état très fâcheux, après avoir pris pendant deux ans une quantité prodigieuse de remèdes, et se voyant hors d'espérance de guérir, prit la résolution de se retirer dans sa patrie ; cependant il voulut avant son départ profiter du cours d'opérations que je fis au mois d'avril 1740. Dans une de mes leçons je parlai des hernies de l'estomac, hernies qui n'ont pas encore été décrites distinctement par aucun auteur : j'en détaillai les accidents tels que je les avais remarqués dans deux hernies de ce genre que j'avais traitées.

...Le jeune chirurgien trouva dans le récit de ces accidents un tableau exact de sa maladie et s'en fut dans l'instant fabriquer un bandage à peu près tel que celui dont j'avais parlé dans ma leçon. Ce bandage eut tant de succès, qu'une heure après son application le malade fut naturellement à la selle, dormit toute la nuit, et tous ses autres accidents que j'ai détaillés disparurent.

Le malade vint quelques jours après me faire part de ce heureux changement. En examinant l'endroit où il avait appliqué son bandage, je reconnus proche le cartilage xyphoïde, un

écartement des muscles droits : *la hernie de l'estomac reparaisait au moindre mouvement.*

Je remarquai dans ce bandage quelques défauts que ce chirurgien corrigea rapidement... En effet, la hernie n'a pas reparu et l'écartement des muscles droits se rapprocha de façon qu'on peut espérer une guérison radicale ».

Mémoires de l'Acad. Roy. de Chir. T. I^{er}, 1743, p. 705.

OBSERVATION II

Pipelet. Mém. de l'Acad. Roy. d'Arc., t. IV, 1768, p. 193.

« Je fus mandé au mois de mai 1759, pour une religieuse de l'abbaye de Saint-Antoine, incommodée depuis plusieurs années, de douleurs et tiraillements d'estomac, avec des nausées fréquentes, elle digérait mal, se plaignait souvent de feux au visage et de vapeurs; le corps maigrissait et les forces diminuaient. Je soupçonnai une hernie de l'estomac; j'examinai la ligne blanche dans une position convenable; *je ne trouvai aucune tumeur*, seulement de la faiblesse dans l'espace des muscles droits; ayant fait incliner le corps en devant cette position mit les muscles dans un grand relâchement qui me fit découvrir une espèce d'éventration, par l'écartement des fibres aponévrotiques qui sont entre l'origine de ces deux muscles; je priai la malade de tousser; alors une partie de l'estomac vint très distinctement frapper contre un doigt; peut-être même sentis-je d'autres parties qui sont dans cette région et je remarquai qu'il était facile dans des positions

inclinées, le corps étant debout, *que ces organes fussent pincés et retenus* dans cet écartement. Ces parties ainsi engagées produisent les douleurs et les tiraillements d'estomac, les convulsions et tous les accidents qui peuvent en être l'effet. J'ai observé que lorsque les malades sont debout, qu'ils toussent, se mouchent ou qu'ils éternuent, ils sentent un malaise dans cet endroit qui les oblige, pour se soulager, à y porter la main ; souvent même, il y a un point de sensibilité qui marque le lieu précis du pincement. D'après cet exposé, l'on peut établir le diagnostic de cette maladie, et c'est ce qui m'a indiqué dans le cas dont je parle, l'application d'un bandage qui eut toute la réussite que je m'en étais promise.

« Dans cette observation, l'écartement sensible des parties aponévrotiques et le succès du moyen contentif, prouvent que les symptômes et accidents étaient l'effet d'une hernie de l'estomac. »

OBSERVATION III

De Sabatier, membre de l'Académie royale de chirurgie, citée par Pipelet jeune, mémoire de l'Académie Royale de chirurgie, t. IV, p. 194. 1768.

« M. Sabatier a été appelé pour donner ses soins à une demoiselle de 32 ans, d'un tempérament très délicat, qui digérait mal depuis sept ans, et était sujette à quelques vomissements qu'elle n'attribuait qu'à une mauvaise disposition de l'estomac. Au mois de novembre 1764, elle a été attaquée d'un vomissement pendant 12 heures ; au mois de janvier suivant

il s'est renouvelé et a été accompagné de hoquets et de convulsions de tout le corps qui l'ont mise à toute extrémité. M. Sabatier après avoir donné à cette demoiselle les secours convenables à l'état urgent où il l'avait trouvée, fit des recherches si exactes qu'il reconnut *une dilatation* à la partie supérieure de l'intervalle des muscles droits. Il fit mettre d'abord une pelote de coton un peu allongée, qui a soulagé sensiblement, on a fait ensuite un bandage approprié et depuis ce moment, les forces sont revenues et les digestions se font assez bien. »

OBSERVATION IV

Pipelet jeune, mémoire de l'Académie royale de clinique, t. IV, p. 194, 1768.

« Je fus mandé au Val-de-Grâce, au mois de décembre 1759 pour une dame religieuse âgée de 25 ans ; depuis un an ou dix-huit mois elle était incommodée de violents maux de tête et de vomissements continuels ; on avait soupçonné des obstructions à l'estomac ; en conséquence l'on fit soigner la malade et elle fut soignée plusieurs fois sans succès, rejetant toujours les potions purgatives. On lui fit prendre les bains qui ne lui procurèrent aucun soulagement. La fièvre survint, les tiraillements d'estomac, enfin l'impossibilité de digérer même la gelée de bouillon et la semoule ; le corps maigrit à vue d'œil et la malade parut sans ressource à son médecin qui conseilla de me faire appeler pour savoir s'il n'y aurait pas de hernie. Par un examen attentif, l'estomac me parut pincé dans la ligne

blanche et forma une tumeur de la grosseur approchant d'un pois, en forme allongée : cette tumeur céda à la compression. J'appliquai des compresses graduées le long de la ligne blanche avec un bandage de corps, qui soulagea la malade sur-le-champ. Il a été remplacé par un bandage plus convenable dont je donnerai plus bas la description. »

OBSERVATION V

Pipelet jeune. Mém. de l'Acad. Royale de chirurgie. T. IV, p. 195.

M^{me} Sainte..., religieuse dans l'abbaye du Val-de-Grâce, âgée de 18 ans, fut incommodée de langueurs, digérait mal, vomissait quelquefois, souffrait de maux d'estomac, et ne pouvait rien porter sur cette partie. L'on employa toutes les ressources de la médecine, et la malade souffrant toujours, on eut recours à moi. Je ne trouvai qu'une *légère dilatation à la ligne blanche* et rien vers l'anneau ombilical ; je conseillai le repos, le régime. La médecine employa encore de nouveaux remèdes, pendant plus de huit à neuf mois. La malade, que je n'avais pas revue, était fort maigre et les vomissements étaient devenus plus fréquents. A une seconde visite, la ligne blanche me parut bien plus dilatée ; lorsque la malade était debout, les parties intérieures *portaient en avant* : j'essayai l'usage du bandage contentif ; il a calmé tous les accidents et la malade a recouvré ses forces et sa santé.

OBSERVATION VI

Pipelet jeune, loc. cit., p. 196.

Une dame âgée d'environ 30 ans, avait été sujette dès sa plus tendre jeunesse à des douleurs d'estomac accompagnées de vomissements. L'usage du corps de baleine réprima ces accidents. Après le mariage, elle fut moins exacte à porter le corps, et elle éprouva les mêmes accidents que son usage avait fait disparaître ; mais on les attribua à un commencement de grossesse. Ils continuèrent pendant tout le temps qu'elle porta son enfant, et l'accouchement ne l'en délivra point. Je fus appelé par M. le Hoc, médecin, environ deux mois après la couche ; elle souffrait de spasmes et de vomissements, allait très rarement à la garde-robe et ne digérait pas même le bouillon ; elle était presque dans le marasme et retenue au lit par cet épuisement. M. le Hoc soupçonnait une hernie ombilicale ; dans mes recherches je sentis une tumeur très petite pincée dans la ligne blanche un peu au-dessous du cartilage xyphoïde. Je ne doutai pas que ce ne fût *une portion de l'estomac retenue* ; j'en fis la réduction. La malade fut laissée à mes soins ; j'eus la satisfaction, dès l'instant de l'application du bandage, de voir cesser tous les accidents ; la digestion se fit peu à peu, les forces revinrent et la malade ne s'est ressentie depuis d'aucun des accidents qui dépendaient essentiellement de cette hernie ; depuis trois ans, le bon état de sa santé s'est parfaitement soutenu.

OBSERVATION VII

*Louis, secrétaire perpétuel de l'Académie, cité par
Pipelet le jeune.*

Un jeune seigneur, au service des Etats Généraux des Provinces-Unies, avait consulté, en Hollande et en Allemagne, les plus fameux médecins sur une colique habituelle, laquelle depuis plusieurs années, le tourmentait au point de détruire son tempérament, et de le menacer d'une fin funeste. Ses digestions étaient très dérangées, l'embonpoint et ses forces allaient toujours en dépérissant, malgré les remèdes ordonnés par des praticiens très renommés dans toute l'Europe. Il vint à Paris, l'année dernière, pour consulter M. Tronchin, qui étudia, avec toute l'attention dont il est capable, l'état du malade ; et par le récit de la naissance, du progrès et de la disparition des sensations douloureuses, en différents temps ; et par la considération des endroits d'où ces douleurs partaient, et où elles aboutissaient, il jugea que des portions épiploïques ou même intestinales, *étaient pincées intérieurement* dans les anneaux, sans former de tumeurs à l'extérieur. M. Louis a vu le malade, à qui l'on a fait observer la situation horizontale dans le lit pendant une huitaine de jours, avec l'application de cataplasmes fort onctueux et relâchants sur les régions inguinales. Ce remède a procuré un soulagement notable ; on a fait faire un brayer à deux pelottes, lesquelles formant un point d'appui à l'extérieur, empêchent les parties flottantes du bas-ventre de s'insinuer dans la production du péritoine engagée dans les anneaux : par ce secours ce jeune seigneur a été

délivré de toutes ses incommodités ; avantage dont il est redevable à la sagacité du savant médecin qu'il est venu heureusement consulter à Paris. Tous ces exemples, rapprochés les uns des autres, font assez connaître de quelle conséquence il est de ne pas se méprendre sur le point qui fait le sujet de ce mémoire.

« *Signes illusoires des épiplocèles.* » Pipelet jeune, in *Mém. Acad. Roy. Chir.* T. V, p. 649, 1774.

OBSERVATION VIII

Dr Gibert. Normandie médicale, 15 mai 1886.

En 1874, j'eus à examiner une jeune fille de 14 ans, aujourd'hui religieuse, et qui avait vainement fréquenté le cabinet de bien des médecins sans trouver aucun amendement à ses souffrances. Elle souffrait d'accidents gastriques étranges.

Chaque jour elle vomissait ses aliments, un quart d'heure, une heure, quelquefois plusieurs heures après le repas. Avant de vomir elle était prise d'une douleur vive, souvent atroce, disait-elle, dans la région épigastrique, suivie sitôt après du rejet des aliments. La douleur cessait ordinairement après le vomissement, mais pas toujours ; elle continuait alors sans donner lieu à de nouvelles nausées.

L'attitude de la malade au moment de la douleur était celle qu'on prend instinctivement quand on ressent subitement une douleur abdominale ; elle s'arrêtait net au milieu de ses jeux ou de son travail, pliait son corps en avant et portait pour se soulager la main sur la région douloureuse. Un instant de repos

suffisait pour mettre fin à la douleur qui recommençait plusieurs fois dans la même journée, mais qui cessait souvent aussi pendant plusieurs jours et même pendant plusieurs semaines.

Ces rémissions coïncidant souvent avec des traitements pharmaceutiques toujours nouveaux, on avait cru plus d'une fois tenir la guérison, mais cet espoir s'évanouissait bientôt avec le retour de la douleur et des vomissements.

J'ai dit que la douleur était rapportée par l'enfant à la région épigastrique, mais cela n'était pas fixe ; elle s'irradiait vers les côtes de chaque côté, allait jusqu'à l'épaule, de sorte qu'elle avait subi plusieurs médications s'adressant à la névralgie intercostale.

Au milieu de tout cet ensemble d'accidents gastriques, la santé générale restait excellente ; les garde-robes étaient régulières et normales ; l'embonpoint était conservé ; le sommeil excellent.

Je crus d'abord comme d'autres confrères à des douleurs gastriques sous la dépendance d'un état de nervosisme, mais une interrogation minutieuse changea mes idées. Sur les huit enfants dont se composait la famille, aucun d'eux ne présentait de phénomènes morbides permettant de supposer une influence hystérique héréditaire ; d'ailleurs la soudaineté des accidents, de la douleur, me portait à penser *a priori* à un trouble mécanique.

Quand l'enfant fut déshabillée, je constatai que la forme de l'abdomen au moment de l'effort laissait les anneaux intacts. Qu'elle se mouchât, qu'elle toussât violemment, ni la région inguinale, ni la région ombilicale ne changeait de forme. L'anneau ombilical, examiné avec soin, par moi et par plusieurs

confrères avant moi, ne présentait rien d'anormal. J'allais renoncer à cette idée quand une circonstance plus fortuite que cherchée me fit faire la découverte suivante :

La jeune fille était couchée à plat sur le dos ; j'étais à sa gauche, les trois doigts de ma main gauche, l'index, le médius et l'annulaire, étaient placés par leur pulpe le long de la ligne blanche, au-dessus du nombril ; à ce moment elle redressa la tête en me disant que je lui faisais mal, et contracta violemment les muscles droits de l'abdomen ; je perçus à l'instant la sensation que mes doigts étaient pincés dans une boutonnière allongée, étroite, et commençant au-dessus de l'ombilic. Je répétai plusieurs fois l'expérience et chaque fois je produisis une douleur, mais moins vive que la douleur spontanée. Je la fis mettre debout, mais alors je ne trouvai plus ma fissure.

Tout s'expliquait dès lors ; l'enfant, après ses repas, restait-elle immobile, debout ou assise, elle digérait en paix ; jouait-elle, faisait-elle avec ses nombreux frères et sœurs, des courses ou des jeux animés, la douleur se produisait sans qu'elle eût remarqué jusqu'à mon examen que la flexion du corps et son brusque redressement en fussent la cause.

J'insiste une fois de plus sur ce fait qu'à la vue pas plus qu'au toucher il n'y avait aucune apparence d'une hernie ombilicale.

Mon diagnostic était donc celui d'une boutonnière sus-ombilicale, intermusculaire, dans laquelle s'engageait, soit une partie d'anse intestinale, soit le péritoine.

Le même jour je fis confectionner par M. Monlon du Havre, une ceinture en caoutchouc munie d'une pelote allongée et je l'appliquai moi-même le lendemain. Dès cet instant, la malade

fut guérie; toute douleur, tout accident cessa pour ne plus revenir.

Pendant deux ou trois ans, j'ai suivi cette jeune fille et j'ai appris que depuis qu'elle est dans un couvent elle n'a jamais cessé de porter sa ceinture; quand elle a essayé de la quitter, et elle l'a fait plusieurs fois, la douleur est revenue.

OBSERVATION IX

D^r Gibert. Normandie médicale, 16 mai 1886.

Jeune fille de 12 ans, grande, maigre, bien musclée, d'une très bonne santé. Il y a six mois, ses digestions commencent à se troubler et bientôt des vomissements alimentaires abondants se produisent. La jeune fille qui est très intelligente décrit ainsi ce qui lui arrive : « Je mange, dit-elle, d'un très bon appétit, et mon manger ne me fait pas mal, mais il n'y a pas une demi-heure que j'ai fini mon repas que je ressens une vive douleur dans l'estomac et bientôt je vomis; je ne suis soulagée que lorsque j'ai tout vomi. »

Elle vomit toujours son déjeuner, rarement son repas du soir; si elle se couche après avoir mangé, elle n'a ni douleur, ni vomissement.

Détail à noter : quand elle est prise de sa douleur, elle fait comme la jeune fille de l'observation précédente, elle plie son corps et *rentre son ventre* instinctivement.

Quand l'enfant est complètement déshabillée, on ne constate aucune déformation du nombril, et à la vue pas plus qu'au toucher on ne peut constater de hernie ombilicale. D'ailleurs,

comme dans la précédente observation, l'ombilic est parfaitement clos et bien conformé.

Mais en faisant coucher la malade et en procédant comme j'ai dit plus haut, on constate rapidement et sans difficulté l'existence d'une boutonnière sus-ombilicale de 2 à 3 centimètres d'étendue et le doigt engagé dans la boutonnière y est fortement pincé quand les muscles droits se contractent par le redressement brusque du tronc. Chez elle la douleur n'existe jamais à jeun, tandis qu'elle se produisait souvent à jeun chez la première jeune fille. Le même traitement, à savoir l'application d'une ceinture en caoutchouc avec pelote amena la guérison immédiate qui ne s'est pas démentie.

OBSERVATION X

D^r Gibert. Normandie médicale, 16 mai 1886.

Il s'agit d'une demoiselle de 36 ans qui, depuis son enfance, présente des accidents gastriques et nerveux qui n'ont jamais été guéris, ni même amendés; cette personne, appartenant à la classe riche, a consulté un grand nombre de médecins de Paris et d'ailleurs, et elle a naturellement fait choix des plus célèbres.

Il y a 18 mois elle se soumit à mon observation. C'est une personne d'apparence nerveuse, maigre, sèche, *toute en muscles et en nerfs*, dit sa mère. Elle se plaint de douleurs qui ont leur siège dans le côté gauche du thorax, et qui s'irradient constamment vers l'épaule gauche. Aussi l'a-t-on soignée pour une angine de poitrine de nature nerveuse, car le cœur et les gros vaisseaux sont absolument sains.

Les douleurs, qui sont aujourd'hui presque fixées vers le côté gauche du thorax, n'ont pas toujours eu cette fixité. Autrefois, dit la malade, je souffrais constamment dans la région de l'estomac, et j'ai subi tous les traitements qu'on fait subir aux dyspeptiques.

Mais aucun n'a réussi ; l'hydrothérapie seule m'a fait quelque bien.

En interrogeant très minutieusement cette malade, je m'aperçus qu'elle avait présenté autrefois les signes caractéristiques de la fissure sus-ombilicale, douleur vive, soudaine, et vomissements après la douleur. Depuis bien des années, les vomissements avaient cessé, mais la douleur, tout en s'étant déplacée, existait toujours.

En examinant l'abdomen, je reconnus facilement l'existence de la fissure, de la boutonnière sus-ombilicale ; mais je ne comprenais pas qu'elle pût être la cause de douleurs de l'épaule tellement fixes et pénibles que chaque jour la malade se faisait frictionner cette région avec des liniments divers.

A tout hasard je fis appliquer une ceinture à pelotte, et la malade fut aussi étonnée que moi de voir toutes ses douleurs disparaître. Elle regrette amèrement de ne pas l'avoir portée depuis l'âge de 16 ans, car sa vie a été empoisonnée par les douleurs et elle ne s'est pas mariée à cause d'elles.

Il faut ajouter que cette malade a été examinée non seulement par des médecins, mais par des chirurgiens d'un grand mérite qui n'auraient pas laissé passer sans la voir l'existence d'une hernie ombilicale, mais qui n'ont pensé ni les uns ni les autres à une fissure sus-ombilicale.

OBSERVATION XI

Dr Gibert, id.

Un jeune garçon de 5 ans, de Paris, vint passer ses vacances au Havre, et ses parents me consultent au sujet de troubles singuliers qu'éprouve cet enfant au moment même où il paraît être le mieux portant.

Tout à coup, au milieu de ses jeux, on le voit devenir triste, taciturne, il s'assied, se met dans un coin loin de tout le monde et ne veut plus jouer. Quand on lui demande ce qu'il a, il dit qu'il a mal, et c'est tout ce qu'on obtient de lui. Il ne vomit pas, il mange bien, il dort bien.

En l'examinant au moment de ses jeux, je pus un jour saisir chez cet enfant la cause de son mal ; il pliait, fléchissait subitement en avant, devenait pâle, et se tenait immobile. En le faisant déshabiller, je reconnus chez lui comme chez les autres une fissure sus-ombilicale. Depuis cinq ans il porte une pelote et tous les accidents ont disparu.

OBSERVATION XII

Dr Gibert. Normandie médicale, 15 mars 1890.

M^{lle} X..., 20 ans.

Depuis 18 mois souffre de douleurs vives dans la région épigastrique ; leur caractère est d'être brusques, de survenir après le repas, rarement à jeun. La malade désigne un point de la région atteinte beaucoup plus élevé que l'ombilic.

Après la douleur, survient le vomissement, qui est toujours alimentaire ; après le vomissement, la douleur s'amointrit sans disparaître tout à fait. La nuit, la douleur cesse.

D'ailleurs, pas de renvois, — pas de signes de dyspepsie. — Quant à l'état général, il est excellent, et c'est probablement une des raisons pour lesquelles elle a été traitée d'hystérique et soignée comme telle.

En examinant avec soin M^{lle} X..., il est facile, et du premier coup, de constater l'existence de la boutonnière sous-ombilicale. Le meilleur procédé est de faire étendre à plat la malade, les jambes relevées, les muscles de l'abdomen en relâchement. On place alors un, deux ou trois doigts le long de la ligne blanche au-dessus du nombril et on fait relever subitement la malade qui tend fortement les muscles droits. Le doigt ou les doigts pénètrent dans la fissure, et si, à ce moment précis on fait tousser la malade, on a la sensation très nette d'une portion quelconque de l'intestin qui tend à faire hernie, car il n'y a jamais, dans des cas pareils, une vraie hernie. Quand l'ouverture de la ligne blanche est suffisamment élargie pour qu'il y ait éventration, on se trouve en présence de nouveaux signes qui se rapportent à la hernie sous-ombilicale et qui sont décrits partout.

Chez cette personne, le phénomène caractéristique était la douleur, suivie de vomissement.

Dès que j'eus fait installer une pelote, la douleur disparut, les vomissements de même, et comme la guérison dure depuis trois mois, j'ai lieu de penser qu'elle est définitive.

OBSERVATION XIII

D^r Gibert (id).

H. G..., 11 ans.

Cet enfant est malade depuis un an ; il a été pris alors d'accidents gastriques graves, vomissements abondants, jusqu'à 30 dans les 24 heures, et selles également fréquentes. Les vomissements sont toujours précédés d'une vive douleur, telle que l'enfant est obligé de s'asseoir, et il se tient tout à fait immobile pour faire cesser instinctivement la douleur. Un seul phénomène est singulier : c'est la diarrhée. Cependant il n'y a rien d'étonnant à ce que la digestion stomacale brusquement arrêtée conduise à la diarrhée. J'ajoute seulement que la diarrhée ne s'observe généralement pas. Chez cet enfant, les accidents de vomissements et de selles fréquentes l'ont conduit assez rapidement à de l'anémie par insuffisance alimentaire.

Signe important : jamais il ne souffrait la nuit.

Cet enfant a subi toute espèce de traitement, et entr'autres traitement classique de la dilatation de l'estomac, puis le traitement de la gastralgie, puis celui de la gastrite, avec régime sévère et exclusif.

Sous l'influence des traitements variés (aussi peu efficaces que variés) et de la douleur, le caractère de l'enfant s'altère. L'humeur devient sombre, et quand on le conduit à ma consultation, je le trouve bien misérable. C'est même le premier cas où je constate un état général de quelque gravité.

A l'examen, je trouve tous les signes de la fissure sus-ombilicale, et dès que la pelote est placée, la douleur et les vomissements cessent comme par enchantement.

J'ai revu cet enfant un an après, ces jours derniers, et il n'a pas vomi une fois. L'état général est excellent, ainsi que l'appétit, et tous les troubles dont j'ai parlé ont disparu.

OBSERVATION XIV

D^r Gibert (id).

M^{lle} X..., jeune anglaise, domestique, bonne d'enfants, est souffrante de l'estomac depuis un grand nombre d'années. Elle a été soignée, soit en Angleterre, soit en France, par plusieurs médecins, sans aucun résultat. Elle vomit plusieurs fois par jour, surtout après ses repas, et éprouve des douleurs épigastriques qui l'obligent à *rentrer son ventre*, en sorte que lorsque je la vois mon diagnostic est fait d'avance. D'ailleurs, elle ne souffre jamais la nuit.

Je trouve par l'examen une petite fissure sus-ombilicale imperceptible au regard, et difficile à trouver et à bien constater.

L'application d'une pelote a fait cesser les douleurs, permis l'alimentation, et la malade, qui souffre depuis des années, est fort surprise qu'un moyen aussi simple ait produit de tels résultats.

OBSERVATION XV

D^r Gibert (id.).

Une jeune fille de 14 ans, à l'hôpital, est soignée pour des vomissements hystériques pendant des mois.

Chez elle, je trouve une vraie éventration, et ceci de tout spécial et que je n'ai jamais vu que chez elle, une sorte d'hypertrophie des bords des muscles droits qui, à force de se contracter énergiquement à chaque douleur, ont accru leur volume.

Mon diagnostic n'a pas été admis par les médecins qui l'ont soignée, mais depuis qu'elle porte une pelote les accidents ont disparu, à ce que je crois savoir, car je ne l'ai plus revue au Dispensaire.

OBSERVATION XVI (inédite).

Communiquée par M. le D^r Gibert.

Enfant X..., garçon de 7 ans, né à Paris.

Cet enfant, bien portant jusqu'à l'âge de 4 ans, est sujet depuis lors à des alternatives de bonne santé et de désordres graves consistant surtout en maux de tête, constipation et vomissements survenant à toutes les périodes de la digestion. Ces symptômes disparaissent parfois pendant 15 jours, 1 mois, 2 mois, puis se manifestent de nouveau brusquement et sans cause appréciable.

Le médecin qui le soigne à Paris le croit atteint de méningite à forme lente ; il lui conseille les bains de mer.

Ses parents, à leur arrivée au Havre, viennent me consulter.

Le petit malade est maigre, irritable et nerveux ; un examen approfondi du malade et des antécédents héréditaires me fait rejeter l'idée d'une méningite ; j'explore attentivement l'abdomen et en particulier l'anneau ombilical.

A sa partie supérieure, je découvre une petite fissure dans laquelle s'engage l'extrémité de mon index ; j'ai la sensation très nette d'avoir pénétré dans une fente, une sorte de boutonnière dont l'extrémité inférieure se prolonge jusqu'à cicatrice ombilicale.

Je fais placer une pelote au niveau exact de cette fissure et j'en recommande le port prolongé. J'eus la satisfaction de voir disparaître les vomissements et les maux de tête ; je perdis l'enfant de vue cinq mois après ; il avait pris de l'embonpoint et la guérison s'était maintenue.

OBSERVATION XVII (inédite).

Communiquée par M. le D^r Gibert.

L'enfant qui fait le sujet de cette observation est un garçon de 7 ans, habitant Paris, et soigné depuis plusieurs années pour des troubles gastriques graves ; depuis plusieurs mois, il prend de la pepsine à chaque repas ; ce traitement ne paraît guère avoir de résultat ; ses vomissements sont intermittents ; cessant brusquement pendant des semaines pour recommencer sans cause appréciable.

Je le vois un jour, dans un jardin, très occupé à jouer avec ses petits camarades ; tout d'un coup, il s'arrête, laisse tomber ses jouets et porte vivement les mains sur le ventre en même temps qu'il se courbe en avant.

Je déshabille l'enfant et j'examine la région dont il se plaignait ; la douleur était localisée en un point placé sur la ligne omphalo-xyphoïdienne, à 1 centimètre au-dessus du nombril ; j'y constatai un écartement des fibres de la ligne blanche, une fissure très nette.

L'application d'une pelote maintenue en place suffit pour faire disparaître tous les accidents. J'ai revu l'enfant 7 ans après ; je lui fis retirer son bandage et je ne trouvais plus à l'examen la moindre trace de fissure.

Je suppose qu'un peloton graisseux a suffi pour clore l'orifice. La guérison s'est maintenue depuis.

OBSERVATION XVIII (inédite).

Communiquée par M. le Dr Caron.

Alice P..., 12 ans. Souffre depuis un an de violentes douleurs au creux épigastrique, avec irradiation du côté du foie. Ordinairement gaie et bien portante, elle est prise subitement de douleurs très vives ; elle a la face grippée, le pouls petit, la peau froide et couverte de sueur ; des vomissements surviennent, une syncope est imminente. La petite malade porte instinctivement ses mains au creux épigastrique et retient ses cris, n'ose bouger de crainte d'augmenter ses douleurs.

L'examen de la région fait facilement découvrir un petit

interstice de la ligne blanche, au niveau de l'estomac ; le doigt y pénètre facilement et s'engage à une profondeur de deux centimètres environ.

Je fais appliquer à ce niveau une première ceinture qui est difficilement supportée ; j'en fais fabriquer une seconde, puis une troisième, qui me donne enfin des résultats plus satisfaisants ; les vomissements cessent, les accès deviennent de plus en plus rares.

L'enfant ne garde pas volontiers sa ceinture dont le port lui est toujours pénible ; je suis persuadé qu'avec une ceinture mieux faite, que la petite Alicé pourrait conserver constamment, les accès disparaîtraient complètement. Novembre 1890.

OBSERVATION XIX (inédite).

Communiquée par M. le Dr Caron du Havre.

M^{me} V..., 42 ans. Ordinairement bien portante. A eu deux enfants. Dix-huit mois après son second accouchement, il y a un an et demi environ, elle commença à ressentir particulièrement à l'occasion de mouvements brusques, de violentes douleurs au creux épigastrique ; ces accès douloureux ont une durée moyenne d'un quart d'heure et se calment par le repos horizontal sur le dos ; les douleurs violentes une fois calmées, elle ressent encore un malaise vague pendant deux ou trois heures.

Depuis la même époque, la malade vomit fréquemment, tantôt avant, tantôt après les repas, sans causes appréciables ; les matières rejetées sont parfois formées d'un produit mous-

seux analogue aux vomissements des femmes enceintes. Contre ce symptôme on a essayé, mais en vain, tous les traitements habituels : régime lacté, pepsine, amers, lavage de l'estomac.

Un jour, pendant une crise exceptionnellement violente, M^{me} V... me fait appeler en hâte ; je lui fais déterminer très exactement les points douloureux et je me livre à un examen local minutieux ; je constate sur la ligne omphalo-xyphoïdienne, à 5 centimètres au-dessous de l'appendice xyphoïde, un écartement très appréciable des muscles grands droits, laissant entre eux une ouverture oblongue dans laquelle j'introduis l'extrémité de mon index et mon médus ; mes deux doigts s'enfoncent dans cette boutonnière, de trois centimètres environ.

Je conseillai à la malade d'appliquer à ce niveau une ceinture à pelote hypogastrique ; les symptômes s'amendèrent dès le second jour et disparurent tout à fait la semaine suivante. La première ceinture fut difficilement supportée par la malade, elle dut s'en faire confectionner une seconde, qu'elle porte depuis 11 mois, elle continue à jouir d'une excellente santé (mars 1891).

OBSERVATION XX (inédite).

Communiquée par M. le Dr Bottard (du Havre).

M^{me} R... a 32 ans ; mariée à 19 ans, elle a eu 2 enfants ; ses couches n'ont été suivies d'aucun accident. Toujours bien portante.

Depuis deux ans environ, elle éprouve à certains jours, ir-

régulièrement, des douleurs dans le ventre, au niveau du nombril. Sa santé serait excellente sans ses coliques sèches qui ne paraissent liées à aucun trouble des fonctions digestives ; le saturnisme, le rhumatisme doivent aussi être écartés comme cause de ces douleurs. A mon premier examen de la malade, je ne découvre rien de particulier et je conseille un tœnifuge, bien qu'elle n'ait rendu aucun anneau de tœnia. Ce remède, comme tous ceux que M^{me} R... avait absorbés précédemment, ne modifie en rien son état et elle continue de souffrir, surtout le matin, après le lever.

M^{me} R... me fait un jour appeler et je l'examine au lit, dans le décubitus dorsal, les cuisses fléchies, la bouche, entr'ouverte. Je ne trouve, ni par le palper, ni par la percussion, rien d'anormal dans l'abdomen ; l'exploration n'est pas douloureuse. Les parois abdominales sont fortement adipeuses et le doigt, plongé dans la dépression ombilicale, indique une profondeur de 3 centimètres environ ; en examinant avec soin l'anneau, je constate qu'il n'est pas continu dans son segment supérieur ; l'index en déprimant fortement à ce niveau perçoit nettement un relâchement des fibres circulaires, un écartement, une sorte de fissure. En déprimant davantage, le doigt pénètre dans l'abdomen au delà de la limite de la cicatrice ombilicale ; cette dernière est dépressible au delà de l'ordinaire, relâchée, distendue.

Je fais lever la malade, la fais marcher quelques instants et lui fais soulever un lourd fauteuil de sa chambre. Aussitôt après, les douleurs se reproduisent, d'abord sourdes, augmentant ensuite d'intensité et amenant une grande pâleur de la face. La malade recouchée, je constate que l'ombilic, qui,

avant le lever, offrait une dépression profonde, proémine maintenant au-dessus de la paroi de l'abdomen, j'introduis mon doigt dans l'anneau et je l'y maintiens pendant quelques instants. Sous l'influence de cette manœuvre la douleur diminue et se calme bientôt.

J'étais dès lors fixé sur la nature de l'affection ; dans l'anneau ombilical, distendu par les grossesses, s'engageaient soit une anse intestinale, soit une portion de l'épiploon.

En guidant mon interrogatoire dans le sens de cette donnée nouvelle, j'apprenais que les douleurs ne se produisaient pas la nuit, mais bien au cours d'une promenade, à l'occasion d'un effort et plus fréquemment le matin après les premières occupations du ménage.

J'engageai M^{me} R.... à répéter au moment de ses douleurs ce que je venais de faire, c'est-à-dire à enfoncer profondément l'extrémité de son index au fond de son anneau ombilical afin de refouler l'anse intestinale ou l'épiploon, puis à y fixer une pelote un peu ferme grâce à un corset descendant très bas.

J'ai appris depuis que mes conseils avaient été suivis et que M^{me} R.... était chaque fois maîtresse de ses douleurs lorsqu'elles se reproduisaient.

OBSERVATION XXI (personnelle).

L. B..., 40 ans, de constitution robuste, entre au mois de mars 1891 au nouvel hôpital du Havre, pavillon J, n° 4.

Le malade, employé dans les déchargements des navires de commerce, accomplissait depuis plusieurs années son rude

labeur, quand il fut pris, il y a 3 mois, de vomissements opiniâtres qu'accompagnait une douleur persistante au creux épigastrique. En vain, il avait interrompu tout travail fatigant, en vain il s'était soumis scrupuleusement au régime lacté qu'un médecin lui avait conseillé, les vomissements se répétaient aussi nombreux, l'amaigrissement faisait des progrès rapides; il se décide enfin à entrer à l'hôpital.

Le malade avouant quelques habitudes alcooliques, on diagnostique une gastrique éthylique. Jamais d'hématémèse, ni de mœléna, l'estomac n'est pas dilaté. On institue le régime lacté et on administre concurremment une potion avec quelques gouttes de laudanum.

Le traitement ne produit pas l'effet attendu; les vomissements continuent, et la douleur, d'abord peu accusée, augmente d'intensité et se localise nettement au creux épigastrique; en explorant avec soin cette région, on découvre sur la ligne blanche, à 4 centimètres au-dessous de l'appendice xyphoïde, une petite surélévation qui avait passé inaperçue jusqu'alors; le malade lui-même n'avait jamais remarqué cette petite tumeur, tant elle était peu apparente. L'index, appliqué sur elle, la fait disparaître avec grande facilité; elle s'évanouit sous cette légère pression et à sa place le doigt rencontre une sorte de fissure dans laquelle il pénètre d'un centimètre environ; on a la sensation d'un cercle, d'un anneau à parois élastiques et résistantes bridant l'extrémité du doigt; en faisant tousser le malade on reçoit sur la partie introduite une légère impulsion. Cette exploration ne cause aucune gêne au malade; nous concluons que nous sommes en présence d'une très petite hernie de l'estomac ou du duodénum à travers une éraillure de la ligne blanche; l'organe ainsi engagé dans le petit orifice que lui ont

ménagé, en s'écartant, les fibres de la ligne blanche, subit probablement une légère irritation qui, par action réflexe, cause les accidents pour lesquels le malade est entré à l'hôpital.

Le traitement est alors dirigé en conséquence ; au niveau de l'éraillure que nous avons décrite, nous appliquons une boulette d'ouate bien comprimée et maintenue par un bandage suffisamment résistant pour empêcher tout déplacement.

Les accidents cessent rapidement ; les vomissements s'amendent, les douleurs disparaissent avec une rapidité remarquable ; cinq semaines après son entrée, le malade quitte l'hôpital, paraissant parfaitement guéri. Nous lui conseillons de continuer, par précaution, le port d'un bandage bien conditionné.

Mai 1894.

CONCLUSIONS

1. — Certains orifices naturels ou accidentels des parois abdominales peuvent donner lieu à un ensemble de symptômes caractéristiques dus au pincement de l'intestin.
2. — Cet accident pathologique a surtout son siège au niveau de la fissure sus-ombilicale et des éraillures de la ligne blanche, principalement sur la ligne médiane et dans la région épigastrique.
3. — C'est ordinairement chez l'enfant, entre 5 et 14 ans, qu'il se produit, en raison de certaines dispositions anatomiques congénitales. On le rencontre néanmoins aussi dans quelques cas chez l'adulte et principalement chez la femme.
4. — Il se distingue nettement des accidents herniaires en ce que : 1° il n'a qu'une très courte durée; — 2° il ne se produit qu'à l'occasion de certains mouvements du corps ou des viscères.
5. — Le résultat absolument précis de l'exploration clinique et le caractère tout à fait spécial des crises auxquelles donne lieu cet accident suffisent pour affirmer le diagnostic de pincement intestinal d'une manière certaine. La confirmation en est d'ailleurs fournie par le succès constant du traitement.
6. — Cette affection donne souvent lieu aux erreurs

de diagnostic les plus diverses contre lesquelles il est nécessaire que le médecin se mette en garde.

7. — Il importe de ne pas compter sur la nature pour obtenir une guérison spontanée toujours problématique et de combattre au contraire le plus tôt possible les troubles graves qui en sont la conséquence.

8. — Le seul traitement rationnel de cette position pathologique consiste dans la compression méthodique de la région au moyen d'une ceinture spéciale.

9. — Dans la plupart des cas la compression ainsi instituée est aussitôt suivie d'un amendement rapide de tous les symptômes.

Vu par le président de la thèse,
LANNELONGUE

Vu par le doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos	5
Notes historiques	8
Exposé clinique.	21
Observations.	32
Conclusions	60

Imprimerie de l'Ouest, A. NÉZAN, Mayenne.

